



## ATTESTATION

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE LORS DE LA RECHERCHE DES AFFECTIONS HEREDITAIRES INVALIDANTES RENALES DU BULL TERRIER

**CFABT- Dr Christiane LEUNEN, 1 Villeperdue, 51210 Tréfolis ,03 26 81 80 98 .**

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom ..... Prénom : .....  
Inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaire sous le numéro : .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

Atteste avoir examiné le chien :

Nom de naissance (*pedigree*) : .....  
Sexe : ..... Poids : .....  
Date de naissance : .....  
Identifié - par tatouage numéro : .....  
- par puce électronique numéro : .....

Et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

### **RECHERCHE DE DYSPLASIE ET MALADIE POLYKYSTIQUE RENALE PAR ECHOGRAPHIE**

MESURE DES REINS	REIN GAUCHE	REIN DROIT
Mesure longitudinale		
Mesure transversale		

ARCHITECTURE RENALE	REIN GAUCHE	REIN DROIT
Rapport Cortex/Médulla		
Aspect de la jonction corticomédullaire	Normal - Anormal	Normal - Anormal
Echogénicité des corticales et médullaires rénales	Normale - Anormale	Normale - Anormale
Présence des cavités anéchogènes	Oui - Non	Oui - Non
Aspect de la cavité pyélique et de son contenu	Normal - Anormal	Normal - Anormal
Uretère proximal	Normal - Anormal	Normal - Anormal
Vascularisation rénale	Normale - Anormale	Normale - Anormale

### **CONCLUSIONS**

Fait à : ..... le : .....

Signature du vétérinaire

---

#### PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné ..... accepte que ces résultats soient transmis au CFABT pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection.

Fait à : ..... le : .....

Signature du propriétaire du chien